

نموذج حقوق أصحاب البيانات

DATA SUBJECT RIGHTS FORM



American Life Insurance Company (MetLife)

Dar Al Noor Building, Block No. 233, Way No. 403, Building No. 52, MSQ,
Bausher, Office 405 & 406, P.O. Box: 894, PC114, Jibroo, Sultanate of Oman
Tel: +968 2477 0998, Fax: +968 2477 0901

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)
مبنى دار النور، بلوك ٢٣٣، طريق ٤٠٣، مبنى ٥٢، مدينة السلطان قابوس، بوشر،
مكتب ٤٠٥، صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبروه، سلطنة عمان
هاتف ٩٦٨ ٢٤٧٧ ٠٩٩٨ فاكس ٩٦٨ ٢٤٧٧ ٠٩٠١

Requestor:

مقدم الطلب:

رقم وثيقة التأمين / الوثائق (إن وجدت)

Policy No.(s) (If any)

تفاصيل مالك الوثيقة:

Policy Owner's Details:

الاسم الأول

First Name

اسم الوالد

Middle Name

الاسم الأخير

Last Name

الاسم الأخير

City of Birth

بلد الولادة

Country of Birth

رقم الهوية العمانية

Oman ID No.

رقم جواز السفر

Passport No.

الهاتف

Telephone

رمز البلد
Country Code

البريد الإلكتروني

E-mail

Information Requested:

المعلومات المطلوبة:

تاريخ الطلب

Date of Request

نوع الطلب

Type of Request

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | طلب سحب البيانات
Withdraw request | <input type="checkbox"/> | طلب الوصول إلى البيانات الشخصية
Access to personal data |
| <input type="checkbox"/> | رفض معالجة البيانات
Object to processing | <input type="checkbox"/> | إضافة بيانات
Add data |
| <input type="checkbox"/> | حد معالجة البيانات
Restrict to processing | <input type="checkbox"/> | تصحيح بيانات
Correct data |
| <input type="checkbox"/> | عدم استعمال البيانات لمراسلات التسويق
Opt-out to marketing communications | <input type="checkbox"/> | محو بيانات
Erase data |
| | | <input type="checkbox"/> | تحويل بيانات
Transfer data |

سبب الطلب

Reason for request

المعلومات المطلوبة

Information requested

Signed copy should be scanned and mailed from the registered email address*

* يجب مسح النسخة الموقعة ضوئياً وإرسالها بالبريد من عنوان البريد الإلكتروني المسجل.

By signing below, I certify that all information provided is accurate and complete.

بالتوقيع أدناه، أشهد أن جميع المعلومات المقدمة دقيقة وكاملة.

Signature:

التوقيع:

اسم مقدم الطلب صاحب البيانات
Name of Applicant the data
subject

موقع بتاريخ

Date

كيفية الاتصال بنا

من أي دولة أخرى	قطر	بحرين	عمان	كويت	الإمارات	البلد
+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	متلايف - ٨٠٠ (٨٠٠ - ٦٣٨٥٤٣٣)	الهاتف
صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبرو، سلطنة عمان						البريد
CustomerCare.OM@metlife.com						البريد الإلكتروني
www.metlife-gulf.com						الموقع الإلكتروني

For MetLife use only

لاستخدام MetLife فقط

تاريخ الاستلام الطلب
Date Received

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

استلم الطلب من قبل
Received by
تم إتمام الطلب من قبل
(اسم القسم)
Request processed by
(Name and Department)
ملاحظات
Remarks